

---

## Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation

*Paradoxes in cancer prevention : making it both public and private*

Isabelle Pailliar et Géraldine Strappazzon

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/7320>

DOI : 10.4000/questionsdecommunication.7320

ISSN : 2259-8901

### Éditeur

Presses universitaires de Lorraine

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juillet 2007

Pagination : 17-31

ISBN : 978-2-86480-829-9

ISSN : 1633-5961

### Référence électronique

Isabelle Pailliar et Géraldine Strappazzon, « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation », *Questions de communication* [En ligne], 11 | 2007, mis en ligne le 01 juillet 2007, consulté le 12 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/7320> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7320>

---

*Questions de communication* is licensed under CC BY-NC-ND 4.0



## > DOSSIER

ISABELLE PAILLIART

Groupe de recherche sur les enjeux de la communication  
Université Stendhal-Grenoble 3  
isabelle.pailliarth@u-grenoble3.fr

GÉRALDINE STRAPPAZZON

Groupe de recherche sur les enjeux de la communication  
Université Stendhal-Grenoble 3  
geraldine.strappazzon@u-grenoble3.fr

### LES PARADOXES DE LA PRÉVENTION DES CANCERS : PUBLICISATION ET PRIVATISATION

**Résumé.** — Avec comme point de départ la qualification de la lutte contre le cancer au rang de grand chantier présidentiel en 2002, l'objectif de cet article est de montrer la politisation de la prévention des cancers en France. S'appuyant sur une étude des positionnements des acteurs locaux et nationaux dans les discours et les dispositifs de prévention, il s'agit de montrer les logiques à l'œuvre. La publicisation et la privatisation du thème du cancer s'accompagnent d'un prolongement des actions de prévention de l'État dans les territoires (départements, communes). Cette territorialisation, qui fait partie des outils de la prévention, peut être appréhendée comme un enjeu de communication politique. Elle traduit l'objectif des acteurs politiques de maîtriser les formes d'entrée de la question du cancer dans la sphère publique.

**Mots clés.** — Communication, prévention, collectivités locales, politique, contrôle social, cancer.

La santé se présente comme une des préoccupations majeures des individus ainsi que des responsables politiques. Elle comprend des enjeux économiques qui concernent autant les entreprises pharmaceutiques que des organisations publiques. Elle rencontre des considérations éthiques, construit des stratégies professionnelles et pose la question générale de la diffusion des savoirs médicaux dans la société, que ce soit par les structures de médiation que représentent les associations de patients ou par les modalités de médiatisation et de représentation des questions de santé dans la sphère publique. C'est ce dernier point qui est ici étudié à travers la question du cancer<sup>1</sup>. Dans un secteur couvert historiquement par nombre d'associations, l'intervention publique récente des pouvoirs politiques semble à première vue étonnante. Elle se justifie par la volonté de mobiliser les différents acteurs et de favoriser une prise de conscience auprès de la population de l'importance de la prévention. Dans tous les cas, la place laissée à l'information se veut essentielle car « pour vaincre le cancer, pour que les messages de prévention passent, pour que le dépistage précoce puisse se développer, pour que les personnes malades et leurs proches soient mieux compris et mieux accompagnés, il faut d'abord mieux informer chacune et chacun de nos concitoyens », comme le signale le Président de la République en 2004<sup>2</sup>. L'insistance mise sur la diffusion d'informations à destination des individus est reprise par d'autres instances, par exemple l'Institut national du cancer (INCa) qui fait de « l'homogénéisation de l'information délivrée à tous les publics dans le domaine de la santé »<sup>3</sup>, la première étape de son action.

<sup>1</sup> Cet article repose sur l'analyse de l'ensemble des allocutions et discours du Président de la République et des membres de son gouvernement portant sur le thème du cancer depuis le 14 juillet 2002 ; sur l'étude des journaux municipaux de l'agglomération grenobloise et du journal du Conseil général de l'Isère ; et sur des entretiens auprès de responsables de structures locales de prévention.

<sup>2</sup> Allocution du 2 février 2004 à la Préfecture des Bouches-du-Rhône

<sup>3</sup> « Dans le domaine du cancer, le droit à l'information est vital ! Être informé, c'est déjà une partie du chemin, soit pour prévenir la maladie, soit pour lutter contre elle. Il existe encore en France trop de disparités dans l'approche et la connaissance de cette maladie. Les causes peuvent être culturelles, environnementales, sociales, religieuses. Mais dans de nombreux cas, le cancer aurait pu être évité si le patient avait pu bénéficier d'une meilleure information sur les facteurs de risque et leur prévention. Les actions d'information, encourageant la prévention et le dépistage, constituent un véritable défi, qui tient au caractère socialement et culturellement lourd de la maladie. L'impact sera d'autant plus fort que les démarches seront globales. L'INCa souhaite être à la pointe dans le domaine de l'information. Il multiplie et diversifie les possibilités d'information des personnes malades, de leurs proches et de tous afin de sortir le cancer du ghetto dans lequel il a été trop longtemps confiné. Afin de continuer le développement harmonieux des actions initiées par le Plan cancer, la première étape de l'action de l'INCa en 2005 est l'homogénéisation de l'information délivrée à tous les publics dans le domaine de la santé » (INCa, document, 2005).

La diffusion d'informations s'inscrit dans le mouvement de démocratisation sanitaire, plus que de démocratie sanitaire, et répond à une exigence des associations de patients. Si elle contribue à médiatiser le thème du cancer et à l'installer dans la sphère publique, la diffusion d'informations en particulier par des conseils, des opérations et des dispositifs de prévention, accompagne également un mouvement de privatisation de ces questions. L'intervention des acteurs politiques contribue au renforcement de ce mouvement, l'enjeu étant, pour eux, la recherche d'une légitimité et d'un ordre des pouvoirs.

## La présidentialisation du cancer

La lutte contre le cancer en France est ancienne, portée essentiellement par des acteurs associatifs (Pinell, 1992) de plus en plus nombreux, rejoints depuis la fin des années 70 par des collectivités territoriales, notamment départements et communes. La santé est également un champ d'action à part entière des pouvoirs publics. À ce titre, l'État participe à la lutte contre le cancer comme le prouvent les quatre Plans cancer successifs, portés par les ministres de la Santé, lancés depuis le début des années 90. Ainsi la question du cancer bénéficie-t-elle d'une prise en charge plus ou moins engagée des pouvoirs publics au niveau national comme au niveau local. Au même titre que l'épidémie d'hépatite C touchant plus de 500 000 personnes par an (Landel, *in* : Jouzel, 2005), la lutte contre le cancer aurait pu cependant demeurer un enjeu latent. Or, en 2002, l'État réaffirme son rôle de manière inédite. En effet, soutenu par le Cercle des cancérologues français<sup>4</sup>, un acteur de poids – le Président de la République – s'engage « personnellement » et « indéfectiblement » dans la lutte contre le cancer, maladie qu'il qualifiera successivement d'« épidémie », de « fléau », de « drame », voire de « drame national ». Les questions de santé apparaissent dès lors moins comme une prérogative de l'État que comme une prérogative du Président lui-même, qui se place en acteur majeur du pouvoir réglementaire, et, par ce biais, des politiques de santé et de sécurité.

Se saisissant de réflexions amorcées depuis quelques années (par des médecins et des responsables politiques d'une autre majorité) et s'appuyant sur des structures et actions d'ores et déjà en place, l'engagement du Président – qui donne comme objectif de diminuer la mortalité (et non pas la maladie) de 20 % en 5 ans – est accompagné

---

<sup>4</sup> Le « Cercle des cancérologues français » regroupe 250 spécialistes (publics, privés, administratifs) mobilisés depuis 1998 contre le cancer. Organisant séminaires et réunions, ils formulent des préconisations à destination des pouvoirs publics.

d'un financement conséquent<sup>5</sup> et se traduit rapidement par la création d'une commission cancer au ministère de la Santé (2002), par la mise en œuvre d'un cinquième Plan cancer (2003) et par la création de l'Institut national du cancer (INCa) en 2005. Ainsi la réactualisation de la posture de l'État, qui se présente comme une réponse à la crainte de son invisibilité, surtout dans des domaines où existent de multiples acteurs, passe-t-elle par une manifestation spectaculaire au plus haut niveau. De cette manière, Jacques Chirac a l'opportunité de présenter sous l'angle de la nouveauté un projet ancien et, publiquement, de faire preuve de compassion et de sympathie. Cette intervention s'inscrit également dans une continuité de l'action politique, identifiée par Didier Fassin (1996 : 284) qui, à travers une approche généalogique, note « le mouvement par lequel la santé, entendue comme le rapport sans cesse redéfini du corps physique au corps social, devient objet de politiques en même temps qu'objet politique ».

La revivification de l'intervention étatique se situe dans un contexte précis, offrant au Président de la République la possibilité d'acquérir une visibilité forte dans la sphère publique. Réélu dans un moment de fortes tensions et de crise des institutions démocratiques, et contrairement à son prédécesseur qui fut dès 1981 l'instigateur de « grands travaux », il engage peu de grands projets pour marquer son passage dans la pierre. Il choisit plutôt, lors de son second mandat, trois chantiers sociétaux et empathiques : la lutte contre le cancer, la lutte contre l'insécurité routière et la lutte pour la dignité des personnes handicapées. Parce que c'est un thème consensuel et que la situation apparaît insoutenable (depuis 1989, le cancer est la première cause de mortalité chez les hommes, et la seconde chez les femmes, derrière les affections cardio-vasculaires, représentant au total environ 30 % des décès), la lutte contre le cancer ne rencontre aucune opposition radicale. Le cancer est un problème sanitaire avéré et la démarche du Chef de l'État confirme la place de la santé publique dans la politique (Girard, *in* : Tubiana, 1999 : 179).

Or, la lutte contre le cancer se situe dans la continuité de plusieurs actions précédentes menées par différents types d'acteurs (les associations de lutte contre le cancer, les cancérologues, le précédent gouvernement et les ministres concernés). Elle est donc bien antérieure au grand chantier du Président de la République comme le montre Patrice Pinell (1987, 1992) qui analyse les conditions socio-historiques à l'œuvre dans l'émergence de la cancérologie en France et retrace le processus de reconnaissance sociale de la maladie au cours du XX<sup>e</sup>

<sup>5</sup> Sous la forme d'une enveloppe spécifique pour le Plan cancer dont une part importante provient de la hausse des droits sur le tabac, d'environ 100 millions d'euros dès 2003, et près de 640 millions d'euros en 2007 (brochure *Plan Cancer, 2003-2007* : 11, accessible en ligne sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr); site consulté en août 2006).

siècle. Sa recherche révèle un intérêt croissant du corps médical pour la maladie, avec notamment, dès 1906, le congrès international contre le cancer et la création de l'Association française pour l'étude du cancer et en 1918 la naissance de la Ligue contre le cancer. C'est également une préoccupation précoce des pouvoirs publics puisque « la création, en France, des premières structures de soins anticancéreuses est contemporaine de la fin de la Première Guerre mondiale » (Pinell, 1987 : 45). En outre, la lutte contre le cancer est aussi devenue une préoccupation au niveau local : la Ligue crée par exemple un comité départemental en Isère, en 1957. Ensuite, à l'aube des années 80, les collectivités territoriales s'engagent, et notamment le Conseil général de l'Isère en favorisant la création de plusieurs structures tel l'Office de lutte contre le cancer, qui met en place le dépistage organisé et gratuit du cancer sur l'ensemble du département depuis plus de 25 ans. Le mouvement de lutte contre le cancer est donc ancien. Il a émergé en France au début du XX<sup>e</sup> siècle et se développe depuis, porté par une multiplicité d'acteurs (parfois rivaux) et de structures (nombreuses et éclatées) dont les actions ne sont pas toujours coordonnées, menant parfois à des situations équivoques par exemple « au début de l'année 2000, le Président de la République, le ministre de la Santé et la Ligue nationale contre le cancer annonçaient encore, chacun de son côté, diverses mesures » (Barbier, Farrachi, 2004 : 89).

De manière plus générale, l'émergence de la santé dans la sphère publique est engagée depuis la fin des années 70, conjointement avec les préoccupations environnementales. Les modalités de production des politiques de santé ont évolué, tendant à devenir des politiques publiques, prenant en compte les aspects économiques et financiers (Gaïti, *in* : Mathien, 1999). Cette émergence s'explique également par l'irruption sur la scène publique du sida « comme catalyseur de publicisation et de politisation des problèmes de santé » (Gerstlé, *in* : Mathien, 1999 : 66). La santé n'est donc progressivement plus appréhendée comme une question médicale, mais comme un enjeu politique. En outre, face au fonctionnement clos du milieu médical, au morcellement des programmes de recherche et à « des associations de citoyens, d'assurés ou de malades [représentant] un pôle décentralisé, varié, souple et "humain" » (Razac, 2006 : 202) fragiles et fragilisées, l'État a le champ libre pour reprendre les choses en main. Par ailleurs, la présence de la préoccupation sécuritaire dans la sphère publique en France (Castel, 2003 : 8) entretient une aversion au risque, de quelque nature qu'il soit (sanitaire, environnemental, etc.) et encourage donc en ce sens l'ensemble des actions pouvant favoriser un relatif sentiment de sécurité. En effet, « la sensibilité, la vigilance et l'intolérance envers la maladie, la douleur, le risque, ont atteint un niveau inédit » (Razac, 2006 : 229) et infini dans le sens où « l'individu contemporain ne peut jamais totalement se sentir en sécurité » (Castel, 2003 : 8) et où la société

actuelle réfute « la maladie, le vieillissement et la mort [...] simples signes de la finitude de l'homme » (Lecorps, Paturet, 1999 : 29) en tentant de repousser toujours plus loin les limites de la nature, en identifiant des risques et en établissant des probabilités. On le voit, la prise de position du Président, bien que se voulant et se présentant novatrice, originale et personnelle est avant tout l'aboutissement du long processus d'inscription du cancer dans la sphère publique.

Cette inscription se trouve régulièrement activée par les allocutions du chef de l'État, devant lequel s'effacent les ministres de la Santé. S'étant engagé à rendre compte aux Françaises et aux Français des progrès accomplis, il veut assurer que « la machine s'est mise en route », que les choses bougent dans le bon sens et de manière définitive. Il s'exprime donc abondamment sur le thème du cancer, en se l'appropriant. Il s'émeut, compatit et veut faire partager ses espoirs notamment en parlant davantage de la vie que de la mort, en soulignant les progrès accomplis et à intervenir en matière de recherche et de soins (compréhension des prédispositions génétiques, perspectives ouvertes par les nanotechnologies...) et en envisageant une victoire prochaine sur la maladie<sup>6</sup>. Cette « euphorie médiatique » lui est reprochée par les médecins. En réaction à son intervention du mois d'avril 2006 à l'Élysée, le Cercle des cancérologues déclare : « Le Président de la République est bien sûr dans son rôle lorsqu'il adresse à la nation un message positif et d'espoir de guérison aux malades et à leurs familles ; cependant les équipes soignantes sur le terrain trouvent par certains côtés le message idyllique. Les progrès demeurent insuffisants et nous pensons qu'il faut se garder d'une médiatisation euphorique qui pourrait tromper le malade »<sup>7</sup>. De surcroît, comme le précise Maurice Tubiana (1999 : 36), « l'efficacité d'une politique sanitaire [...] se juge sur le long terme, l'unité de temps doit être la décennie et non le mois ». Or, les interventions régulières du chef de l'État contribuent à produire une attente de résultats, ou du moins inscrit dans une temporalité courte et spectaculaire, des actions aux résultats lents et peu visibles.

Ainsi Jacques Chirac se place-t-il en instigateur et porte-parole de la lutte contre le cancer. Cette situation nouvelle confirme que ce thème est devenu un outil de communication politique caractérisée par une

<sup>6</sup> Voir le discours du 27 mars 2007 à l'Élysée : « Nous avons aussi, désormais, une politique de dépistage digne de l'ambition de notre système de santé. Dépistage généralisé du cancer du sein sur tout le territoire, généralisation de celui du cancer du colon, expérimentation du dépistage du cancer de la prostate, progrès considérables en matière de vaccins contre le cancer du col de l'utérus. L'éradication de cette maladie est, semble-t-il, à notre portée. C'est une priorité de santé publique [...] » ; « Avec le même enthousiasme, avec la même foi, [...] je demeurerai mobilisé à vos côtés pour que demain, très vite, le plus vite possible, ensemble, le cancer soit vaincu ».

<sup>7</sup> « Pour vaincre le cancer, le plus dur reste à faire » (*Le Figaro*, 28/04/06).

personnalisation de la lutte (alors que plusieurs acteurs y ont contribué), par une focalisation qui se veut nouvelle (alors que c'est un thème ancien), et par un discours de mobilisation et de volontarisme, éléments de la rhétorique politique par excellence. La question du cancer dans la sphère politique correspond donc à des enjeux de communication politique. Elle contribue également à la publicisation de la notion de prévention.

## La prévention : entre publicisation et privatisation

La déclaration sur le cancer du Président de la République de 2002 a obtenu un prolongement durable dans la sphère publique. Cette situation est due à plusieurs facteurs dont, en particulier, la régularité des interventions du chef de l'État sur ce thème. Par ailleurs, la déclaration de 2002 est présentée comme le point de départ d'une action du politique dans le secteur de la santé. Elle marquerait une rupture par rapport aux pratiques antérieures et se veut fondatrice de nouvelles actions. C'est du moins de cette manière que la déclaration présidentielle se manifeste ; c'est de cette manière qu'elle est réactualisée dans la sphère publique et qu'elle est relayée par les rapports et par les bilans, publiés de 2002 à 2005, textes se référant tous et systématiquement à l'intervention de 2002. Plus généralement, l'intervention du Président de la République dans le domaine de la santé publique illustre la double dimension rhétorique en jeu : celle de l'activité politique et celle de la santé publique. Cette dernière est particulièrement marquée par une production discursive intense : « La santé publique parle. D'elle-même, de la société, de l'homme. C'est d'abord en tant que discours qu'elle existe. Elle se définit et elle se raconte. Désignation de son domaine, roman de sa genèse, récit de son histoire : elle se dit. Mais aussi bien, elle décrit et elle prescrit. État des corps, distribution des maladies, énoncé des règles : elle dit le monde. Discours à l'intention de soi et à l'intention des autres » (Fassin, 2000 : 67). Cette production discursive s'inscrit alors dans l'une des caractéristiques de la santé publique : l'indétermination de sa définition.

Au sein de ces déclarations portant sur le cancer, la prévention occupe une place prédominante et récurrente, d'abord dans le discours présidentiel avec, par exemple en 2002, cette déclaration<sup>8</sup> : « Les défis de la médecine de demain sont nombreux. Je voudrais les évoquer. J'en citerai quatre : la prévention, la disponibilité des soins, la recherche de

---

<sup>8</sup> Extraite du discours de J. Chirac du 14 février 2002, lors des 23<sup>e</sup> Assises du Centre national des professionnels de santé à Paris.



l'excellence et la sauvegarde de l'assurance-maladie. La France a besoin d'une grande politique de prévention. C'est un domaine essentiel dans lequel nous restons très en retard ». La prévention est présentée comme la première action à mener. En 2003, le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées<sup>9</sup> indique la volonté du gouvernement « d'ériger la prévention en impératif » et « de développer une véritable culture de la prévention. La responsabilité de chacun doit être engagée pour préserver son patrimoine santé »<sup>10</sup>, l'année 2004 se voyant quant à elle consacrée au dépistage. Par exemple, la priorité donnée à la prévention et au dépistage se retrouve dans le rapport annuel 2004-2005 de la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer dont le premier chapitre est consacré à la prévention (« éviter les cancers évitables ») et le second au dépistage. Ainsi les deux actions semblent-elles se suivre et se compléter sans que le domaine d'action de l'un ou de l'autre soit bien défini et délimité puisque l'un comme l'autre renvoient à des discours et à des dispositifs étroitement entremêlés. Les deux éléments – prévention et dépistage – sont associés par la déléguée de la Mission car « ce qui compte maintenant c'est que tombent les barrières psychologiques au dépistage. Convaincre et toujours convaincre. Toutes et tous. La pratique du dépistage doit devenir naturelle, un acte assimilable à une bonne hygiène de vie. Un formidable enjeu pour notre société tout entière : faire changer l'image du cancer, faire du dépistage un acte d'adhésion à une politique collective de santé publique, donner les meilleures chances de guérison »<sup>11</sup>. Au-delà des ressemblances avec le courant hygiéniste du XIX<sup>e</sup> siècle, ces quelques lignes indiquent les dimensions communicationnelles de la prévention et du dépistage : un discours de la conviction, une action sur les représentations sociales et une valorisation de l'action politique, ces éléments se justifiant au nom d'un futur à atteindre, celui de la guérison. Mieux elles montrent la proximité de ces registres avec ceux du discours politique : une rhétorique de la promesse, une insistance portée sur le pouvoir de l'action politique, une détermination affichée. Enfin, le discours préventif et le discours politique partagent une même croyance : celle qui attribue aux mots un pouvoir de transformation des comportements et des esprits. La prévention n'a-t-elle pas pour but, selon l'article L.148-I du

<sup>9</sup> Le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, en présentant la loi de finances de la sécurité sociale en 2003 déclare que les crédits « pour les programmes de santé publique ciblés sur la prévention, en particulier le cancer et les maladies transmissibles, sont en forte progression de 30 % entre 2002 et 2003 ».

<sup>10</sup> Le ministre poursuit en déclarant : « Il s'agit d'adopter une politique générale qui sera déclinée en fonction des différentes pathologies considérées. Elle s'appuiera sur des actions de communication, d'information et d'éducation ainsi que sur des stratégies de dépistage et de prise en charge précoce ».

<sup>11</sup> Préface, P. Briand, déléguée à la MILC, le 4 avril 2005. Rapport annuel 2004-2005, *La dynamique du Plan cancer : actions et résultats* (MILC).

code de la santé publique, « d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie » ?

La prévention et le dépistage sont donc nettement affirmés dans la sphère publique, réactivés par des déclarations politiques et scientifiques ainsi que par les campagnes de communication. Ils ne connaissent guère de remise en cause. Bien au contraire, ils bénéficient d'une grande légitimité et d'un fort consensus, celui-ci étant depuis peu questionné par exemple, par deux publications, *Sciences et Avenir*<sup>12</sup> qui fait état de « questions sur un dépistage organisé », et la revue *Que choisir*<sup>13</sup> qui se demande : « Le dépistage est-il réellement utile ? » à propos du cancer du sein. La faible part des controverses dans la sphère publique des questions liées à la santé est en partie liée à la prégnance d'un modèle dominant, « comportementaliste », qui laisse croire aux effets directs des discours de prévention. Il se retrouve, par exemple, dans cette intervention du Président de la République à Marseille le 2 février 2004 : « Les Français en sont, d'ailleurs, de plus en plus conscients : en adaptant leurs comportements, ils peuvent éviter le cancer. Ils peuvent aussi l'éviter à leurs enfants, en les protégeant mieux contre le soleil ou en veillant à une alimentation diversifiée et équilibrée, dont les études scientifiques montrent qu'elle protège du cancer. Ces réflexes de santé, indispensables, se répandent grâce aux campagnes d'information organisées cette année par les pouvoirs publics et aux initiatives des professionnels de santé, des médecins et de la Ligue ». Plus généralement, la prévention s'inscrit dans un modèle largement dominant en matière de traitement des risques collectifs : elle fait partie des éléments de régulation que mettent en œuvre les pouvoirs publics. Ce modèle considère que la réduction des risques, « c'est une question de temps et de moyens, d'organisation rationnelle des pouvoirs et des savoirs. Ce modèle prend la forme d'un généreux positivisme remis en contexte, c'est-à-dire d'un évolutionnisme admettant qu'il y aura des obstacles et des épreuves, mais faisant confiance aux collectifs humains pour les surmonter dès lors qu'ils adoptent un rationalisme scientifique et technique » (Chateauraynaud, Torny, 2005 : 334).

L'une des conséquences de cette privatisation contribue à établir la visibilité sociale de tel type de cancers et l'invisibilité sociale de tel autre, en particulier ceux liés à la sphère professionnelle. L'une des raisons de l'invisibilité des cancers professionnels tient à la posture de l'État et aux orientations industrielles qu'il a menées. Pour introduire dans la sphère

---

<sup>12</sup> *Sciences et Avenir* (N° 708, fév. 2006).

<sup>13</sup> *Que choisir Santé* (N° 2, janv. 2007).

publique la question des cancers de la sphère professionnelle, cela « suppose de s'écarter du modèle épidémiologique visant à identifier une relation causale entre facteurs de risque et pathologie pour s'intéresser à l'activité de travail et à l'identification de l'exposition aux cancérrogènes dans cette activité, en tenant compte à la fois de la dimension longitudinale du parcours professionnel individuel et de l'inscription de celui-ci dans une histoire sociale et technique des transformation du travail au cours de ces 50 dernières années » (Thébaud-Mony, 2006 : 25). Se comprennent ainsi les difficultés spécifiques auxquelles se heurte la publicisation de ces cancers.

L'objectif affiché du Plan cancer est de lutter contre la maladie, mais aussi de déterminer, de détecter et d'éliminer les facteurs de risques<sup>14</sup> au sein de la population. Ainsi les individus doivent-ils agir de façon responsable en se conformant à des conseils, des préceptes et autres prescriptions. Ils doivent être responsables pour eux-mêmes en évitant les comportements à risque. Ici, tout comme dans le cas de la lutte contre le réchauffement de la planète, se manifeste un déplacement qui tend à reporter la responsabilité de l'État vers celle de l'individu. En ce sens, s'opère une forme de « privatisation » du domaine. La « privatisation » s'inscrit dans le processus<sup>15</sup> de civilisation identifié par Norbert Elias (1939 : 412) qui conduit les institutions sociales à inculquer aux individus une contrainte qui doit se transformer en automatisme et en habitude. Les dispositifs de prévention participent de ce report vers les individus de la gestion d'un problème de santé publique. La privatisation correspond à un certain nombre de dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la prévention du cancer : multiples envois de courriers aux domiciles des individus, lettres de rappels si le dépistage n'a pas été effectué, précisions concernant les modalités de pris en charge financière, transmission de consignes (gestes de palpations des seins) et d'examens (utilisations de plaquettes cartonnées dans le cadre du dépistage du cancer du colon) à pratiquer chez soi et par soi-même pour établir son propre dépistage. Elle se révèle également par des conseils dont l'objectif est de devenir des autocontraintes (« manger huit variétés de fruits et de légumes par jour ») et même des « réflexes » (« le bon réflexe du

<sup>14</sup> À titre d'illustration : « Face au risque d'une véritable épidémie de cancers du poumon, nous avons engagé une guerre contre le tabagisme, avec l'augmentation sensible du prix du tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ces mesures, qui paraissaient inenvisageables il y a cinq ans, font aujourd'hui un large consensus. Cela montre à quel point les esprits peuvent évoluer rapidement quand l'essentiel est en jeu. Cela montre qu'il faut toujours faire confiance à l'esprit de responsabilité de nos concitoyens. C'est cette conviction profonde qui m'a guidé lorsque j'ai engagé les trois chantiers du quinquennat dont le cancer » (discours de J. Chirac à l'Élysée, le 27 mars 2007).

<sup>15</sup> « Car la civilisation n'est pas un état mais un processus qu'il s'agit de promouvoir » (Elias, 1939 : 103).

dépistage »). La naturalisation de la prévention et du dépistage s'inscrit bien dans ces « modes de conditionnement » que met en évidence Norbert Elias (1939 : 297) et tendent à lui conférer ce « caractère d'universalité que les membres de notre société démocratique et industrielle considèrent comme allant de soi ». Les modes de conditionnement s'expriment prioritairement en direction des femmes. Elles constituent d'abord le public privilégié auxquels s'adressent les messages de prévention : les cancers du sein et de l'utérus donnent lieu à des campagnes importantes car ils sont considérés comme potentiellement guérissables lorsqu'ils sont identifiés au tout début de leur stade de développement. Le dispositif préventif apparaît comme une forme de renforcement du contrôle social et de la surveillance des comportements. Ces deux termes font d'ailleurs partie du discours préventif (« surveillance gynécologique », « contrôle radiographique tous les deux ans »).

Les femmes sont aussi considérées comme des acteurs de la privatisation de la prévention, en favorisant l'intériorisation au sein de la sphère domestique des questions de santé. Elles contribuent de manière plus large au mouvement « d'individualisation de la responsabilité » (Fassin, 1996 : 273) qui met en évidence « ces savoirs et ces valeurs de la santé publique [...] conduisant les individus à transformer leurs attitudes et leurs pratiques en matière d'alimentation ou de sexualité, afin de se conformer aux nouvelles prescriptions et aux nouveaux interdits de l'hygiène moderne ». Les femmes apparaissent alors comme des agents de transmission de ces impositions et d'introduction dans la sphère privée : elles sont mobilisées pour être à la fois les instruments et les objets de ces modalités de conditionnement. La prévention est donc bien action de pouvoir par la conservation de l'ordre social et par la conformation des femmes, qui contribuent ainsi à l'acceptation par les individus de l'individualisation de la responsabilité. Dans ce cadre, les « négligences » des femmes vis-à-vis du dépistage se comprennent comme le refus de jouer le rôle attendu, et s'apparentent à une opposition aux autocontraintes et aux modèles de conformité sociale qui pèsent particulièrement sur elles.

## La territorialisation de la prévention : la privatisation renforcée

Le mouvement de privatisation est relayé par les acteurs locaux et en particulier les collectivités territoriales. La place de ces derniers dans les discours et les dispositifs de prévention renforcent la privatisation des questions de santé et la proximité, présentée comme un attribut des pouvoirs locaux, devient un moyen supplémentaire d'établissement et

« d'enracinement » des contraintes. Dans le domaine de la santé, l'intervention des collectivités territoriales est dépendante des lois de décentralisation et de la répartition des compétences entre les différents échelons territoriaux (communes, départements et régions). Tous les niveaux sont concernés : les régions et leur rôle de planification, les communes et leur intervention dans le domaine des problèmes sociaux et les départements – les plus sollicités – en charge de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance et de la lutte contre certaines maladies (cancer et tuberculose). Les collectivités territoriales jouent un rôle ancien (Guyot, Hérault, 2001) dans la prise en charge des questions sanitaires et dans celui de la prévention par l'intermédiaire de structures tels des centres médico-sociaux, ou dans d'autres créées spécialement pour la prévention et le dépistage. Au sein de celles-ci, les Conseils généraux sont particulièrement requis du fait, entre autres qualités, de la compétence de prévention sanitaire.

Ainsi la départementalisation de l'action de prévention s'explique-t-elle par l'objectif de trouver une réponse à la disparité des situations territoriales en France concernant le cancer et à l'inégalité géographique entre les individus dans la prise en compte des facteurs locaux de risques. Pour l'État, la place prise par les collectivités territoriales dans ce domaine n'apparaît pas comme une simple délégation de prérogatives. De manière générale, la décentralisation accompagne une recomposition, non un effacement de l'État, et, dans le secteur de la santé, celui-ci reste fort. La localisation de la prévention peut alors se lire comme une modalité d'extension de son pouvoir. Ainsi, dans les discours des autorités étatiques, la prévention trouve-t-elle un prolongement dans les discours des responsables politiques locaux. Tout en se délestant du poids financier des opérations de dépistage auprès des collectivités territoriales, l'État continue à être le producteur de référents dans ce domaine. L'action des collectivités territoriales participe alors à un quadrillage de l'espace national : croyant se distinguer de l'action étatique, elles en assument en fait le prolongement dans les territoires. En conséquence, l'intervention du Président de la République a contribué à présidentialiser les dispositifs de prévention et le dépistage, même dans les territoires, comme l'illustre le Conseil général de l'Isère, l'un des premiers à mettre en place des politiques de prévention sanitaire. Depuis plusieurs années, la question du cancer, des risques et des modalités de prévention est présente dans les journaux municipaux de l'agglomération grenobloise et dans celui du Conseil général de l'Isère<sup>16</sup>. Cependant, depuis peu, c'est directement le président du Conseil général qui

---

<sup>16</sup> À noter par exemple un dossier « Cancer : la vie devant soi » dans *Isère magazine* (nov. 1995).

intervient, dans le cadre d'éditoriaux du journal par exemple ou bien dans la présentation des dossiers consacrés à la prévention à l'intérieur de celui-ci. Repris par des acteurs extérieurs à la sphère de la santé, la question du cancer est donc inscrite dans des stratégies, dans des thèmes et dans des registres locaux.

Elle apparaît tout d'abord comme un enjeu, du moins pour le Conseil général, de positionnement face à l'État. Au sein du journal départemental, le président l'affirme : « Même si ce n'est pas une de nos compétences obligatoires, la santé des isérois est une priorité du Conseil général », puis plus loin dans le même entretien : « Nous ne laisserons cette compétence à l'État qu'à condition d'avoir des garanties qu'il fera autant, voire plus que le Conseil général pour faire reculer cette maladie. C'est la santé des isérois qui est en jeu »<sup>17</sup>. Ce positionnement ne se situe pas seulement dans le cadre du cancer; la même idée est reprise dans le cadre du sida et du dossier qui lui est consacré<sup>18</sup>. Se retrouve ainsi un élément habituel et récurrent du discours de la politique des collectivités territoriales : une revendication face à l'État (qui se manifeste également dans les dossiers sur les nouvelles lois de la décentralisation et sur le transfert d'un certain nombre de charges de l'État sur collectivités territoriales). L'intervention du département est donc un positionnement face à l'État et met en valeur le volontarisme local. La critique sous-jacente de l'État sous-entend une critique plus partisane et plus idéologique de l'action du gouvernement. Il s'agit donc bien d'un positionnement – plutôt en opposition – face à l'action de l'État. Au sein du journal départemental, le discours du président du Conseil s'appuie également sur la valorisation de son action à partir d'une rhétorique de la performance<sup>19</sup>. Enfin les supports de communication territoriaux laissent une part importante à la prévention. En effet, en se localisant et en adoptant d'autres registres, ceux en particulier de la communication territoriale, la prévention contribue au mouvement de privatisation de la question du cancer.

L'intégration de ce thème dans la publication départementale adopte les modalités habituelles de traitement de sujets : présence de témoignages (et de figures de femmes) qui mettent en évidence l'efficacité des actions menées par le Conseil général, informations pratiques sur les dates d'ouverture des centres de santé ou sur les démarches à effectuer; interviews de l'adjoint chargé de la santé et des responsables associatifs,

---

<sup>17</sup> *Isère magazine* (N° 56, oct. 2004).

<sup>18</sup> Dossier : « Sida : pourquoi il faut rester mobilisé ! », *Isère magazine* (N° 62, avr. 2005).

<sup>19</sup> « Le Conseil général de l'Isère est pionnier au plan national avec le dépistage des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus » (A. Vallini, président du Conseil général de l'Isère, *Isère Magazine*).

infographie vive présentant des éléments de visualisation du développement de la maladie. La place du chiffre (nombre de cancers, nombre de personnes dépistées...) inscrit le thème du cancer dans le registre de la rationalité, et est utilisée de manière systématique dans le cadre de la prévention : l'usage de données par les rédacteurs contribue ainsi à la justification de l'action départementale et ces éléments, sous l'apparence de leur neutralité, ont pour objectif de mettre en évidence à la fois l'ampleur du problème et les résultats des actions menées par les autorités. Les figures de l'autorité départementale et des institutions sont dominantes avec les photos, les entretiens ou les paroles du président de l'instance départementale, de l'adjoint, des médecins, et des responsables associatifs. Les autres personnages, sauf quelques portraits de femmes « exemplaires » (ou plutôt exemplarisées), font partie de « la population », terme utilisé et qui renvoie à une notion indistincte, sans corps et sans réalité particulière dont le pouvoir attend attention et soumission aux injonctions qu'il émet.

## Conclusion

Avant tout, la place de la prévention contre le cancer dans les supports territoriaux étudiés s'intègre dans des stratégies qui lui préexistent : la réaffirmation de l'espace politique occupé par le département dans le secteur de l'action sanitaire et sociale, la recherche d'un renouvellement de l'action politique locale autour de son « utilité » à travers l'efficacité des dispositifs mis en œuvre, la production de lien social, en particulier grâce à la notion de solidarité envers les malades. En cela, le discours de prévention repose sur la valorisation du pouvoir et sur la monstration de la performance de ses structures et de ses services. Ainsi le discours de prévention n'existe-t-il pas en tant que tel ; il ne peut être séparé des instances qui le produisent et de leurs stratégies, pour le niveau national comme pour le niveau local. En cela, la communication sur des thèmes d'intérêt général s'inscrit bien dans des actions de communication politique. Le développement des actions de prévention au niveau local renforce le mouvement de privatisation de la question du cancer et sans doute plus généralement des questions de santé, en encadrant plus étroitement les comportements des individus, ou du moins en favorisant une extension des modalités de contrôle social. Ainsi, à travers la notion de prévention, la question du cancer repose-t-elle sur un double mouvement : une publicisation renouvelée et une privatisation renforcée, c'est-à-dire un report dans la sphère privée du traitement de ces problèmes. La question du cancer dans la communication des institutions publiques, au niveau national comme au niveau local, révèle donc bien le travail des acteurs politiques pour maîtriser les modalités d'entrée de ce thème dans la sphère publique.

## Références

- Ballain R., Glasman D., Raymond R., dirs, 2005, *Entre protection et compassion : des politiques publiques travaillées par la question sociale (1980-2005)*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- Barbier G., Farrachi A., 2004, *La société cancérogène : lutte-t-on vraiment contre le cancer ?*, Paris, Éd. de La Martinière.
- Castel R., 2003, *L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Éd. Le Seuil.
- Chateauraynaud F., Torny D., 2005, « Mobiliser autour d'un risque. Des lanceurs aux porteurs d'alerte », pp. 329-339, in : Lahellec C., dir., *Risques et crises alimentaires*, Paris, Éd. Tec et Doc.
- Elias N., 1939, *La civilisation des mœurs*, trad. de l'allemand par P. Kamnitzer, Paris, Calmann-Lévy, 1973.
- Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France.
- 2000, « Comment faire de la santé publique avec des mots ? Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures*, vol. 7, 1, pp. 58-78.
- Guyot J.-C., Herault B., dirs, 2001, *La santé publique : un enjeu de politique municipale*, Pessac, MSH-Aquitaine.
- Jouzel J.-N., Landel D., dirs, 2005, *Décider en incertitude : les cas d'une technologie à risques et de l'épidémie d'hépatite C*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Le Bart C., Lefebvre R., dirs, 2005, *La proximité en politique : usages, rhétoriques, pratiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Lecorps Ph., Paturet J.-B., 1999, « Santé publique : du biopouvoir à la démocratie », Rennes, Éd. ENSP.
- Mathien M., dir., 1999, *Médias-santé-politique*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- Patrice P., 1987, « Fléau moderne et médecine d'avenir : la cancérologie française entre les deux guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68, pp. 45-76.
- Pinell P., 1992, *Naissance d'un fléau : histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, Métailié.
- Razac O., 2006, *La grande santé*, Paris, Flammarion.
- Thébaud-Mony A., 2006, « Histoires professionnelles et cancer », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, pp. 18-32.
- Tubiana M., Vrousos C., Carde C., Pages J.-P., dirs, 1999, *Risque et société*, Paris, Éd. Nucléon.